

Катько В.А., Махлин А.М.,
Свирский А.А., Аверин В.И.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

/ Минск /

За период с 1994 по 1997 г.г. в Центре детской хирургии г. Минска выполнено 388 лапароскопических операций. По поводу спаечной кишечной непроходимости нами произведено 57 операций. Хирургические вмешательства выполнялись на высоте клинических проявлений, или через 1-2 недели после консервативного разрешения непроходимости. Оперированы 42 больных с 1-2 степенью спаечного процесса, 10 - с 3 степенью, и 5 - с четвертой (классификация О.Блинникова с соавт.).

С острой ранней спаечной кишечной непроходимостью оперировано 12 детей, острой поздней спаечной кишечной непроходимостью - 32, и 13 по поводу спаечной болезни. Противопоказанием к выполнению операции являлось резкое вздутие живота.

Оперативное вмешательство начинали с наложения пневмоперитонеума в максимально удаленной от послеоперационного рубца точке, чаще в левом подреберье или левой подвздошной области. В последнее время точку наложения пневмоперитонеума и введения первого троакара определяли с помощью УЗИ. Троакар с оптикой вводился чаще в области левого подреберья или эпигастрия. Ревизию тонкой кишки начинали с илеоцекального угла. Если же спаечный процесс в данной области был выраженным, то ревизию начинали с нерасширенной петли кишки. Спайки рассекали острым путем или с применением биполярной коагуляции.

У 32 больных причиной непроходимости являлась странгуляция. У остальных 25 детей преобладал обтурационный механизм непроходимости. В 7 случаях вынуждены были перейти лапаротомию: в четырех случаях из-за выраженности спаечного процесса и невозможности без высокого риска перфорации ликвидировать непроходимость, и у трех больных в связи с возникшими интраоперационными осложнениями.

В ранний послеоперационный период дети с 1-2 степенью выраженности спаечного процесса находились в общехирургическом отделении. Перистальтика кишечника восстанавливалась в первые 6-10 часов после операции, что позволило начать энтеральное питание к концу первых суток. Инфузионная терапия проводилась в первые часы после операции в объеме не более 1/3 объема жидкости потребления. К активному режиму дети переходили спустя 12-24 часа после операции, и выписывались на 4-6 сутки. Осложнений у этой группы больных не было.

Детям, оперированным с 3-4 степенью распространенности спаечного процесса (15 больных), проводилась инфузионная терапия в условиях отделения интенсивной терапии в течение 1-3 суток. После восстановления перистальтики и пассажа по кишечнику больные переводились в общехирургическое отделение. У 2 больных этой группы наступил рецидив непроходимости в раннем послеоперационном периоде, что потребовало выполнения повторной операции. Осложнения во время операции (перфорация кишки) возникали у 3 детей на этапе освоения операционной техники. У одного ребенка послеоперационный период осложнился острыми прободными язвами (3) подвздошной и тощей кишки через 2 суток после операции.

Анализ результатов лапароскопических операций у детей позволил сделать нам следующие выводы:

1. Методом выбора при острой кишечной непроходимости у детей является лапароскопически выполненный адгезиолизис.

2. Выполнение операций при 3-4 степени выраженности спаечного процесса требует не

только наличия специальных инструментов, но и опыт работы с кишечником.

3. В случаях невозможности разрешения непроходимости лапароскопически, следует, по возможности, отделить фиксированные к передней брюшной стенке петли кишечника, что облегчит выполнение традиционной лапаротомии.